

FORMULARIO DE PEDIR RESTITUCIÓN (GASTOS)

Numero del caso _____ Nombre del caso _____
 Nombre de la víctima _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/codigo postal _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo (o cell) _____
 Correo electrónico _____

Si la información proveniente cambia, por favor, póngase en contacto con los fiscales de la ciudad de Idaho Falls en (208) 612-8169.

Por favor, rellene todos los campos a continuación que se aplique al caso número/nombre indicados anteriormente. Para que usted pueda recibir la restitución de las pérdidas que han sufrido, es importante que usted trata de ser una completa como sea posible.

LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE LAS HERIDAS SUFRIDAS DURANTE UN ACTO CRIMINAL (utilice parte trasera o hoja aparte, si sea necesario)

Proveedor de servicios	Fecha de servicio	Cantidad de la Cuenta	Cantidad que cubre el seguro	¿Aplica para reparación de víctimas?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

GASTOS INCURRIDOS PARA CONSEJERIA COMO RESULTADO DE UN ACTO CRIMINAL (utilice parte trasera o hoja aparte, si sea necesario)

Proveedor de servicios	Fecha de servicio	Cantidad de la Cuenta	Cantidad que cubre el seguro	¿Aplica para reparación de víctimas?
1				
2.				
3.				

Compañía o agente	Dirección	Número de teléfono
¿Cuanto a pagado su compañía de seguro hasta la fecha? (cantidad y a quién)	¿Qué es la cantidad del deducible que haya pagado?	
¿Que salario, si al caso, se perdió debido a las lesiones físicas como consecuencia del acto criminal y en lo que no pudo trabajar debido a las lesiones?	¿Cómo se calcula la pérdida de salario?	Nombre del supervisor y el numero de teléfono

¿Cuál es el total de las pérdidas que ha sufrido? Las pérdidas incluyen tanto a Usted como a su compañía de seguros.	\$
--	----

YO, _____, certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta, y reconozco que tengo que declarar en la corte bajo juramento y bajo pena de perjurio, en relación con la información que he proporcionado en este formulario.

Fecha: _____, 20 ...

Firma de las víctimas/Agente de víctima

FAVOR DE ENVIAR ESTE FORMULARIO A:

**City Prosecutors
P.O. Box 50220
Idaho Falls, ID 83405-0220**

Este formulario también se pueden encontrar en la Ciudad de Idaho Falls sitio web del Departamento de Abogado de la ciudad.